UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1936 N° 11

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
de
La Tuberculose pulmonaire après quarante ans

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Mars 1936

PAR

Robert CORRE

Membres du Jury	MM. TAPIE	*Président.*	
	ROQUES	*Assesseurs.*	
	SOULA		
	BRUSTIER		
	SOREL (R.)	*Suppléant.*	

TOULOUSE
IMPRIMERIE BERTHOUMIEU
39, Rue Riquet, 39

1936

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

de

La Tuberculose pulmonaire après quarante ans

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1936 N° 11

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
de
La Tuberculose pulmonaire après quarante ans

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Mars 1936

PAR

Robert CORRE

Membres du Jury	MM. TAPIE	*Président.*
	ROQUES, SOULA, BRUSTIER	*Assesseurs.*
	SOREL (R.)	*Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE BERTHOUMIEU
39, Rue Riquet, 39

1936

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN	MM.	BARDIER.
ASSESSEUR		DAMBRIN.
DOYEN HONORAIRE		ABELOUS.
PROFESSEURS HONORAIRES		MOSSE.
		SAINT-ANGE.
		BEZY.
		MARIE.
		MOREL.
		TAPIE.
		AUDEBERT.
		ESCAT.

PROFESSEURS

Anatomie	MM.	VALLOIS.
Histologie et Embryologie		ARGAUD.
Anatomie pathologique		TAPIE (J.).
Pathologie générale et expérimentale		BARDIER.
Bactériologie		RISPAL.
Pathologie interne		SERR.
Hygiène et Médecine préventive	MM.	LAFFORGUE.
Médecine légale		SOREL (E.).
Clinique médicale		DALOUS.
		LAPORTE.
Clinique chirurgicale et gynécologie		MERIEL.
Clinique chirurgicale		DAMBRIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		CAUBET.
Clinique médicale infantile et puériculture	Mlle	CONDAT.
Clinique de neurologie et psychiatrie	MM.	RISER.
Clinique ophtalmologique		GORSE.
Physique biologique et médicale		ESCANDE.
Chimie et Toxicologie		MOOG.
Pharmacie		RIBAUT.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie		ROQUES.
Oto-rhino-laryngologie		ESCAT.
Botanique et Matière médicale		MAURIN.
Clinique obstétricale		GARIPUY.
Physiologie		SOULA.
Clinique du cancer		DUCUING.
Clinique des Voies urinaires		MIGINIAC.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie topographique	MM.	DIEULAFE.
Chimie		VALDIGUIE.
Anatomie		CLERMONT
Histoire naturelle pharmaceutique		MARTIN-SANS.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques (Agrégé libre)		NANTA.
Chimie générale pharmaceutique et toxicologique		BRUSTIER.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

COURS COMPLÉMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	MM.	GARIPUY.
Obstétrique		ESTIENNY.
Chimie pathologique		VALDIGUIE.
Pharmacologie		SOULA.
Chimie minérale		VALDIGUIE.
Cryptogamie		MARTIN-SANS.
Zoologie		VALLOIS.
Stomatologie		CADENAT.
Physique Pharmaceutique		BUGNARD.
Chimie organique		BRUSTIER.
Dermatologie et Syphiligraphie		CHATELLIER.
Législation pharmaceutique		MAURIN.
Botanique		MARTIN-SANS.
Parasitologie		DELAS.
Physiologie		BOUISSET.
Otorhinolaryngologie		CALVET.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Histologie	MM.	CALVET.
Médecine		SENDRAIL.
		SOREL (Raymond).
Chirurgie		MOREL L.
		LEFEBVRE.
Pharmacie		BOULARAN.
Physique médicale		FLORENCE.
Obstétrique (chargé des fonctions d'Agrégé)		BUGNARD.
Secrétaire de la Faculté		ESTIENNY.
		RENARD.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats (Délibération en date du 12 mai 1891)

A MA FEMME

A MON FILS

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. TAPIE

Professeur d'Anatomie Pathologique,
Officier de la Légion d'honneur.

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A NOTRE JURY DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROQUES

Professeur d'Hydrologie Thérapeutique et de Climatologie,
Chevalier de la Légion d'honneur.

MONSIEUR LE PROFESSEUR L.-C. SOULA

Professeur de Physiologie,
Directeur de l'Institut d'Education Physique.

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRUSTIER

Professeur Agrégé à la Faculté.

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. SOREL

Professeur Agrégé à la Faculté.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CASTAIGNE

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin des Hôpitaux de Paris,
Directeur de l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand,
Commandeur de la Légion d'honneur.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

A MON MAÎTRE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LUTON

Professeur de Clinique de Médecine Sociale,
Médecin des Hôpitaux,
Médecin-Chef de l'Hôpital-Sanatorium Sabourin.

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a conseillé dans sa réalisation.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre reconnaissance et de notre respectueux dévouement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR SORS

Médecin-Directeur du Sanatorium Etienne-Clémentel,
Chevalier de la Légion d'honneur.

Qui a bien voulu toujours nous prodiguer ses encouragements et ses conseils, et nous confier la documentation de ses services.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre vive admiration.

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. BRODIEZ

Médecin-Directeur du Sanatorium d'Enval,
Médecin-Chef du Dispensaire de Riom.

Qui a bien voulu mettre à notre disposition l'importante documentation de son Dispensaire.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GARNIER DE FALLETANS

Médecin-Directeur du Sanatorium Léon-Bourgeois,
Ancien Chef de Laboratoire de Radiologie à l'Hôpital de la Pitié,
Chevalier de la Légion d'honneur.

Qui fut pour nous, non seulement un maître, mais dans des circonstances pénibles, un conseiller et un ami.

Qu'il veuille bien trouver ici l'assurance de notre reconnaissance et de notre respectueux attachement.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
ET A L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE CLERMONT-FERRAND

MESSIEURS LES DOCTEURS :

ALARY, BERNARD-GRIFFITHS, BUY, BUREAU,
CHAUMERLIAC, DELORME, DECHAMBRE, DODEL,
DE LAROCHE, DURIF, FOURNIER, GRIVEAUD,
LIMOUSIN, MATHIEU, MERLE, MORNAC, NEBOUT,
PAILLARD, PETIT, PATURET, PIOLLET,
QUIQUANDON, ROBERT, RONGIER, VAURS

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE TOULOUSE

INTRODUCTION

Nos conceptions sur la tuberculose pulmonaire ont beaucoup évolué depuis quelques années, Longtemps considérée comme l'apanage des jeunes, il était alors classique d'admettre que les adultes et les gens âgés ne lui payaient que bien rarement leur tribut. C'était l'époque où Fonssagrives pouvait écrire : « Après quarante ou quarante-cinq ans, il est négligeable d'être on non phtisique. »

Mais même de nos jours, le fait que cette affection puisse survenir à n'importe quel âge, même très avancé, n'est peut-être pas encore suffisamment reconnu. C'est la raison pour laquelle notre maître, le Docteur Luton nous a engagé à entreprendre ce travail.

Grâce à l'obligeance de M. le Docteur Sors, médecin-directeur du Sanatorium Etienne-Clémentel ; de M. le Docteur Brodiez, médecin-chef du Dispensaire anti-tuberculeux de Riom et de M. le Docteur Renard, médecin résident de l'Hôpital-

Sanatorium Sabourin, nous avons pu dépouiller les observations de près de deux cents malades âgés de plus de quarante ans ! Sur ces deux cents malades, nous n'avons gardé que ceux qui avaient une tuberculose pulmonaire bactériologiquement ou radiologiquement confirmée. Non que nous considérions comme à coup sûr non tuberculeux ceux que nous éliminions ainsi, mais afin de donner plus de rigueur à nos observations.

Aussi, si nos conclusions ne sont pas toujours l'expression de la vérité jusque-là admise, qu'on veuille bien tenir compte de la loyauté que nous nous sommes efforcés de mettre dans chacune des parcelles de ce modeste travail. Nous n'avons pas interprété les statistiques, ce qui nous paraissait au-dessus de nos forces, mais nous les avons toujours laissé parler.

AVANT-PROPOS

Dès 1921, COURCOUX et LABESSE, dans un article remarquable et dont nous croyons devoir faire mention ici, ont attiré l'attention sur la fréquence de la tuberculose pulmonaire à l'âge qui nous préoccupe.

Les statistiques antérieures aux leurs laissaient croire à une rareté de plus en plus grande avec l'âge des décès par tuberculose :

50 à 60 % de 20 à 39 ans;
30 à 35 % de 40 à 59 ans;
3 à 5 % à partir de 60 ans.

Mais il y avait là, faisaient-ils remarquer, un emploi abusif et erronné des statistiques.

En effet, le nombre des décès par Tuberculose aux différents âges était calculé par rapport au nombre total des décès de toutes causes aux mêmes âges.

L'erreur saute aux yeux, il est clair en effet, qu'en procédant de cette manière, le pourcentage des décès par Tuberculose sera forcément plus faible

à partir de quarante ans, puisque la mortalité générale augmente considérablement avec l'âge. Le fait s'appliquera d'ailleurs non seulement à la Tuberculose mais à toutes les autres causes de mortalité, quelles qu'elles soient.

Mais si l'on fait une statistique en comparant la mortalité entre certains âges limites par rapport au nombre des vivants compris dans ces mêmes limites, les chiffres obtenus sont tout autres.

Ces chiffres très démonstratifs, nous nous permettons de les extraire du travail de Courcoux et Labesse, ne nous servant pour simplifier notre argumentation que de ceux ayant trait à la France :

AGE	HOMME	FEMME
0 à 1 an.	15,4	9,3
1 à 19 ans.	12,6	7,9
20 à 39 ans.	40,0	28,9
40 à 59 ans.	53,6	22,9
60 ans et au-dessus. . . .	33,5	10,4

décès pour 10.000 habitants.

Le nombre des décès après la soixantaine indique un fléchissement par rapport à l'âge adulte. Celà tient d'après Courcoux et Labesse au fait que nombre de décès sont déclarés comme suite de bronchite chronique, ainsi qu'en font foi les chiffres se rapportant à cette dernière affection. D'ailleurs, dans les statistiques, le nombre de décès par bronchite chronique va en baissant depuis quelques années

au fur et à mesure que les médecins dépistent mieux la tuberculose parmi les vieux tousseurs.

De leurs recherches, Courcoux et Labesse concluent que la tuberculose pulmonaire est fréquente à un âge avancé, presque aussi fréquente chez le vieillard que chez l'adulte. Elle pose un très grave problème de prophylaxie, car elle passe trop souvent encore inaperçue.

Une telle conclusion ne peut que nous paraître naturelle. L'axiome qui dit : « La tuberculose est une maladie de la jeunesse, comme le cancer est une maladie de la vieillesse » est contredit par la réalité de chaque jour. Certes, l'enfant, avec son organisme vierge est un terrain particulièrement réceptif pour toutes les infections et parmi elles pour la tuberculose. A cette première atteinte succède un état d'immunité relative, d'allergie, qui modifie le terrain, atténuant souvent le cours ultérieur de la maladie.

Mais avec l'âge se produit petit à petit, presque jour à jour une usure lente des organes qui, fatalement va amener à son tour un certain état d'anergie et provoquer une recrudescence sous une forme nouvelle de l'infection tuberculeuse.

LE TERRAIN

Mais pourquoi, nous dira-t-on, avoir choisi cet âge de quarante ans ?

Il est bien évident que pour un pareil sujet, il ne peut pas être question d'un âge limite qui trancherait aussi brutalement la vie en tronçons arbitraires. De très nombreux facteurs entrent ici en ligne de compte, et il est bien difficile de dire avec une rigueur scientifique, l'âge à partir duquel le pronostic de la maladie doit être envisagé d'une façon différente, aussi ne faut-il donc accorder à ce chiffre qu'une valeur toute relative.

Cependant, si l'on se cantonne dans le domaine pratique, tous les phtisiologues sont d'accord pour reconnaître que c'est à partir de 40 ou 45 ans et brusquement à partir de cet âge qu'on observe le plus d'échecs du pneumothorax thérapeutique. Aussi pourrions-nous nous baser déjà sur ces données d'expérience pour affirmer que d'une façon générale, à partir de la quarantaine, les formes cli-

niques, l'évolution et le pronostic de la tuberculose pulmonaire doivent être envisagés sous un angle un peu particulier.

Mais d'autres considérations viennent fortifier notre conviction.

Dans un chapitre précédent nous avons montré le brusque accroissement de fréquence indiqué par les statistiques et ce fait nous semble dû à la fois à des conditions sociales et à des conditions de terrain.

Quarante ans ? C'est l'âge où l'homme a atteint sa pleine maturité intellectuelle et physique, c'est l'époque où il est vraiment dans la plénitude de ses facultés. Jamais encore il n'a eu pareille force, mais aussi pareille activité allant parfois au surmenage, et c'est encore en général à ce moment que surviennent les plus graves soucis de l'existence humaine : les soucis familiaux. Rien d'étonnant donc à ce que tous ces facteurs se réunissent pour réactiver une tuberculose latente dont on ne s'était jamais aperçu ou que l'on croyait depuis longtemps guérie.

Or, précisément, à tous ces facteurs d'ordre intellectuel et social vont venir se surajouter d'autres facteurs d'ordre physiologique et de terrain.

Vers la quarantaine, l'organisme commence son involution et il la commence par une de ces « crises physiologiques » dont parle Burnand; si la ménopause chez l'homme ne bouleverse rien au point de vue génital, il n'en reste pas moins que dans les deux sexes se produit une véritable révolution

humorale due aux modifications des sécrétions internes.

Dans une conférence remarquable faite à l'Association Suisse contre la tuberculose, à Olten, le 3 décembre 1933, Michaud pouvait dire :

« L'involution de l'organisme commence bien avant qu'on soit un vieillard. Dès la quarantaine, le corps devient plus petit (modification des os et des cartilages), la capacité respiratoire diminue, la production de CO^2 diminue (restriction du métabolisme), la sclérose des artères débute, la régulation de la tension artérielle est handicapée. Tout cela donc se passe relativement tôt et à une période de la vie où le corps et l'esprit sont encore en pleine activité. »

Les modifications d'ordre local, celles qui intéressent plus particulièrement la cage thoracique et le poumon nous semblent devoir expliquer non seulement la fréquence mais encore les formes particulières, l'évolution et partant le pronostic de la maladie. Ainsi que l'a dit Michaud, le poumon de quarante ans n'est en général que la première étape vers le poumon du vieillard.

Or, qu'est-ce que le poumon du vieillard ?

La capacité fonctionnelle est fortement diminuée par suite de l'involution de l'organe. La cage thoracique a perdu une grande partie de son élasticité, les cartilages sont ossifiés souvent très tôt, le diaphragme est le seul muscle respiratoire fonctionnant encore, mais il est abaissé et a perdu beaucoup de sa mobilité et de sa tonicité antérieures.

Le tissu pulmonaire normal est remplacé peu à peu par un tissu conjonctif d'abord plus abondant qui s'atrophiera par la suite, en même temps que les fibres élastiques perdront leur élasticité. Les poumons sont alors diminués fonctionnellement, les septa disparaissent souvent, sans qu'il s'agisse là d'un emphysème véritable.

Ce dernier, en effet, se trouve chez des sujets jeunes et ainsi que Merkel l'a déjà montré, l'atrophie sénile des poumons donne lieu à un thorax plus petit en position d'expiration non d'inspiration.

En même temps, la sclérose atteint les vaisseaux et dans cet organe aussi richement vascularisé, la répartition du sang sera d'autant plus bouleversée qu'il y a presque toujours artério-sclérose et insuffisance cardiaque concomittantes.

Aussi, ne faut-il pas d'étonner que dans cette cage thoracique rigide, contenant un poumon anatomiquement et physiologiquement diminué avec un organisme dont les réactions de défense sont amoindries, le bacille de Koch donne lieu à des formes un peu particulières de tuberculose.

LES FORMES CLINIQUES

Avant d'étudier plus particulièrement chacune des différentes formes cliniques, nous voudrions souligner tout d'abord quelques remarques qui se dégagent de nos statistiques.

1° Il s'agit presque toujours de tuberculoses anciennes, longtemps méconnues, ayant évolué depuis la jeunesse et se manifestant brusquement par des lésions dont la nature et l'étendue indiquent la longue durée du processus. Très souvent, d'ailleurs, il y a eu dans les antécédents un incident caractéristique. Sur les 135 cas que nous avons observés, nous avons noté 57 épisodes qualifiés grippe un peu grave ou bronchite, 22 pleurésies, 4 pleurites, 3 pneumonies ou broncho-pneumonies, 3 hémoptysies; treize malades avaient été gazés pendant la guerre, deux avaient été atteints de blessures du poumon. Il reste donc trente et un malades seulement ne présentant aucun antécédent pathologique; mais il est vraisemblable que si, pour chacun d'eux,

il avait été possible de faire une enquête approfondie, ce nombre serait encore plus réduit.

2° Il est admis que la forme prépondérante à cet âge est la forme fibreuse sclérosante peu évolutive. Loin de nous la pensée de vouloir contredire ce qui a été publié antérieurement, mais les résultats que nous apportons ici sont différents. Sur 135 cas observés nous n'avons que 53 de ces formes pour 69 formes évolutives et 2 formes aiguës.

Cette question de la prédominance de tel ou tel aspect clinique n'a d'ailleurs pas jusqu'alors été résolue toujours dans le même sens. Monsieur le Professeur MICHAUD, de Lausanne, dans la conférence que nous citions plus haut, disait : « Les chiffres obtenus nous montrent que les processus exsudatifs ne sont pas rares chez les gens âgés, ils sont même fréquents. Nous pouvons donc conclure que toutes les différentes formes de tuberculose sont représentées et que la forme fibreuse-sclérosante n'est pas la forme prépondérante.

Or, nous avons puisé dans chacun des différents organismes de la lutte antituberculeuse, et il nous semble que l'une des causes de ces divergences d'opinion — et peut-être non la moindre — réside dans la différence des clientèles. Au dispensaire de Riom nous avons 35 formes non évolutives contre 18 formes évolutives; au Sanatorium Etienne-Clémentel, 19 contre 23; à l'hôpital-sanatorium Sabourin, 5 contre 29.

3° Le nombre des femmes tuberculeuses à cet âge est très nettement inférieur à celui des hommes;

c'est ainsi que notre statistique comporte 94 malades du sexe masculin contre 28 seulement du sexe féminin.

Cette différence paraît paradoxale étant donné le nombre des causes anergisantes qui interviennent dans la vie de la femme : maternité, allaitement, menstruation; ajoutons, cependant, que ces causes deviennent rares après 40 ans.

A. Lumière donne comme cause possible de ce véritable paradoxe l'alcoolisme, beaucoup plus plus fréquent chez l'homme que chez la femme; mais même si nous retirions de nos observations la douzaine d'alcooliques qui s'y trouve, il n'en résulterait pas moins un écart appréciable.

Un autre facteur social nous paraît jouer un rôle plus important : c'est le fait que l'homme travaille plus que la femme. Lorsque, dans une famille, c'est cette dernière qui se sent fatiguée, elle peut, en général, sans amener la gêne arrêter son travail et le début de la tuberculose s'en tient là. Mais il n'en va pas de même lorsque c'est l'homme, source principale, sinon unique, du salaire, et qui ne s'arrête que lorsqu'il lui est impossible de faire autrement.

Bornons-nous donc à constater que nous sommes ici en concordance avec toutes les statistiques antérieures que nous connaissions : celle du Comité de défense contre la tuberculose; celle de Bertillon pour Paris; celle enfin de A. Lumière pour Lyon et portant sur vingt années.

FORMES LENTEMENT ÉVOLUTIVES OU STABILISÉES

Dans ce chapitre, nous classerons toutes les formes de sclérose qui habituellement ne bougent pas, mais que nous n'avons cependant pas voulu appeler du terme trop catégorique de « non évolutives » car elles sont parfaitement capables de réveil soudain. Ce sont des formes que l'on désigne plus généralement sous le nom de chroniques et qui, malgré tout, sont sous la réserve indiquée plus haut, d'un bon pronostic.

Au point de vue anatomique toutes les formes de fibrose peuvent se rencontrer : fines digitations parahilaires, fibro-nodulaire, ulcéro-fibreuse, etc... ; mais une forme nous a paru plus particulièrement intéressante par sa fréquence, c'est la forme sclérо-emphysémateuse.

Au point de vue clinique, ce sont des sujets qui, en général, se portent bien. Au point de vue fonctionnel, ce sont souvent de vieux tousseurs avec ex-

pectoration variable, parfois très abondante, d'autres fois simplement quelques crachats le matin, un grand nombre de vieillards avalent leurs crachats. Ils s'essoufflent facilement et c'est pour un « catarrhe » ou un « emphysème » qu'ils viennent consulter.

Les signes physiques sont discrets; la pauvreté des signes stétacoustiques est une des caractéritiques de ces formes, pas de matité nette, le thorax rigide vibre en entier et l'emphysème concomittant empêchent de circonscrire les foyers avec précision. L'auscultation est également rendue difficile par la diminution de la respiration, inspiration et expiration sont soufflantes, il y a en même temps des signes de bronchite et d'emphysème.

Un peu de submatité des sommets, une respiration soufflante, des ronchus et des sibilants, de l'emphysème des bases, tel est souvent le tableau clinique que présentent ces formes peu évolutives.

En même temps, si on prend la température, on constate qu'il y en a peu ou pas. La recherche des bacilles est décevante; chez le même sujet pas de bacilles à l'homogénéisation un jour, le lendemain il y en a à l'examen direct. Ce sont des paucibacillaires.

Mais en contraste avec cette pauvreté des signes cliniques se trouve heureusement la richesse des signes radiologiques. Aussi en présence d'un individu qui tousse et qui crache ne faut-il jamais manquer de recourir à la radio même s'il n'a pas de fièvre et si on ne lui a pas trouvé de bacilles dans les

crachats. Pas de bacilles un jour, il peut en avoir une décharge le lendemain et infecter son entourage. Il faut bien se souvenir toutefois que la radiographie ne permet pas à elle seule de formuler le diagnostic et surtout le pronostic. De grosses cavernes béantes, mais bien organisées peuvent être parfaitement inoffensives et des lésions minimes extrêmement bacillifères; la lésion récente et évolutive n'est pas toujours facile à distinguer de la séquelle. Donc, là comme ailleurs, confronter l'anamnèse et les données cliniques, c'est dans ce cas seulement que la radio pourra jeter la lumière sur la situation.

Quelques observations de malades du Dispensaire de Riom sont intéressantes à ce point de vue :

OBSERVATION 68 A 27.

Homme de 42 ans, réformé à 20 % pour hémoptysie en 1917.

Vient consulter le 19 mars 1927 pour des douleurs thoraciques droites. Il tousse peu, crache peu, a des sueurs nocturnes. A l'auscultation on ne perçoit qu'une respiration diminuée aux deux sommets. A la radio un voile paraissant à peu près homogène des deux champs pulmonaires plus marqué à gauche où l'on constate en outre de fines taches et marbrures sous la clavicule. Les deux sommets s'éclairent peu à la toux. Diaphragmes peu mobiles. Sinus libres. Grosse aorte. Tache para-aortique à droite.

B. K. direct : 0. Homo : quelques-uns. Température, 37°. Poids, 60 kg 600.

Depuis cette date il a été vu très fréquemment, en moyenne tous les six mois. Le 10 janvier 1931, la tache

para-aortique droite avait diminué; mais c'est le seul changement clinique, radiologique ou bactériologique qu'il y ait eu.

Le 27 juillet 1935 date de son dernier examen, il n'y avait aucun changement. Toujours négatif à l'examen direct, positif à l'homogénéisation.

Température à 37° et il pesait 65 kg. 400.

OBSERVATION 90 A 25.

Homme de 45 ans.

Antécédents de bronchites.

Se présente à la consultation le 26 juin 1926. Tousse, crache, dyspnéique même sans effort. A présenté quelques petites hémoptysies.

A l'examen il a un thorax type tonneau.

Signes d'emphysème surtout à gauche où la matité cardiaque semble disparue. Sibilants et ronflants disséminés. Bronchophonie et pectoriloquie dans les deux tiers supérieurs du champ pulmonaire gauche.

Aspect général : bon. Pas de température.

2 ou 3 B. K. à l'homo.

A la radio grosse réaction hilaire des deux côtés avec digitations s'étendant dans tout le champ pulmonaire.

Un mois après, pas de changement, mais cette fois un B. K. sur deux champs à l'homo.

Il ne revient ensuite pour une pension que le 24 février 1934.

On lui trouve simplement des signes de sclérose des deux sommets et de l'emphysème très net des deux champs pulmonaires.

Etat général : bon. Pas de B. K. ni à l'examen direct ni à l'homo.

FORMES ÉVOLUTIVES ET AIGUES

Classiquement, les moins fréquentes, ces formes représentent dans notre statistique 71 cas contre 53, d'accord en celà avec quelques auteurs contemporains.

Parmi les formes simplement évolutives que nous étudierons tout d'abord, nous pouvons classer toutes celles que l'on rencontre chez les sujets jeunes : fibro-caséeuse, ulcéro-caséeuse, etc... En particulier, nous avons pu constater que les cavernes — question longuement discutée — s'y retrouvent avec la même fréquence.

Mais là s'arrête à peu près le parallèle que l'on puisse faire entre l'évolution chez des sujets au-dessous et au-dessus de 40 ans. Si, chez ces derniers, en effet, la maladie peut parfois suivre un cours que l'on pourrait appeler normal, il n'en est pas de même pour tous, surtout pour les plus âgés de cette catégorie. Ce qui caractérise la tuberculose du vieillard, a dit en substance SERGENT, c'est la fai-

blesse des réactions générales. Aussi, ces malades vont-ils faire une forme torpide. Et là, nous nous élevons tout de suite contre une confusion possible : torpide ne veut pas dire, et n'a jamais voulu dire bénigne. Au contraire, sous des apparences de calme, et c'est le sens dans lequel nous employons le mot torpide, va se produire une évolution aboutissant à de graves désordres.

Il s'agit, en général, d'un malade ayant au moins la cinquantaine et d'aspect sinon floride, du moins de la bonne santé. Il ne sent rien, travaille, puis brusquement on le voit fléchir, asthénique d'abord, cachectique en très peu de temps. Si on le radiographie au début des troubles et même si le hasard l'a fait examiner au moment de la bonne santé, on est surpris de constater des désordres considérables, nullement en rapport avec leurs habituelles manifestations extérieures. Nous avons des observations, dont nous citons plus loin quelques-unes, de malades qui, venus au Sanatorium et ne sentant rien, refusaient de se soigner alors qu'ils étaient bilatéraux excavés.

Les signes fonctionnels donc, sont très frustes, sauf dans la période terminale où brusquement ils deviennent ce qu'ils devraient être. Peu de toux, peu d'expectoration, mais évidemment bacillifère, pas d'amaigrissement, rien n'attire en général l'attention. Parfois cependant, non toujours, une hémoptysie, un léger mouvement fébrile.

Les signes physiques sont infiniment plus faciles à trouver que dans les formes précédentes. Matités

assez aisément localisables; bruits humides, râles et souffles de toutes les tonalités habituelles. Quant aux signes radiologiques, ils n'offrent rien de plus particulier. On voit des lésions récentes très évolutives à côté de lésions fibreuses anciennes; quant aux cavernes dont la fréquence a été controversée, nous les avons trouvées dans la même proportion que chez les sujets jeunes.

Un autre type un peu particulier de ces formes est celle que l'on désigne sous le nom de forme pseudo-cancéreuse cachectisante; en raison de son importance, nous lui consacrerons un chapitre ultérieur.

A côté de ces formes torpides évolutives sur lesquelles nous avons insisté, car nous les considérons comme appartenant en propre à l'âge avancé, se trouvent quoique bien moins fréquemment les autres formes évolutives que l'on a l'habitude de voir chez des sujets plus jeunes. Nous devons cependant signaler leur tendance moins congestive, et les réactions générales plus faibles.

Voici maintenant quelques observations de malades ayant fait ou continuant à faire des évolutions torpides. A la fin de ce travail, on trouvera un résumé de toutes celles que nous avons observées, mais d'ores et déjà nous en avons développé quelques-unes à l'appui de notre opinion.

OBSERVATION 117.

Homme de 56 ans. Il y a un mois fait un épisode qualifié bronchite banale, jusqu'au jour où il a quel-

ques crachats hémoptoïques. Jusqu'alors il se portait très bien et n'avait rien dans ses antécédents qui puisse faire soupçonner quoi que ce soit.

Nous l'examinons à Sabourin le 2 mars 1935.

Aspect général bon. Poids, 55 kg. 800 pour une taille de 1 m. 55. Température, 37-38°.

A l'auscultation, respiration diminuée dans tout le champ pulmonaire et submatité des deux sommets.

Donc, comme on le voit, rien qui puisse jusqu'alors faire porter un pronostic grave, mais à la radio, infiltration bilatérale surtout marquée à la région para-hilaire gauche et lobite supérieure droite largement dépassée et excavée au niveau de la clavicule où il y a deux ulcérations, chacune de 5 centimètres de diamètre environ.

Examen bactériologique positif d'entrée et le restant tout le temps par la suite.

Le 28 mars, l'état général se maintient, l'aspect radioscopique est sans changement, de même que la température mais le poids n'est plus que de 55 kg. 300.

Le 13 avril, donc quinze jours plus tard, il ne pèse plus que 53 kg. 200, l'état général qui s'était maintenu jusqu'alors est atteint. A la radio, image identique à droite, mais à gauche deux ulcérations commencent à se montrer dans la région para-hilaire. A l'auscultation, foyer de râles humides sous la clavicule droite et un autre foyer après la toux dans la fosse sus-épineuse gauche.

Le 30 avril, donc encore quinze jours après, il ne pèse plus que 47 kg. 800 et l'état général est devenu brusquement alarmant. B. K. très nombreux à l'examen direct.

A droite l'image est toujours identique sans aucune tendance à la régression; à gauche condensation des lésions para-hilaires et apparition de nouvelles ulcérations.

Il part alors chez lui, sur sa demande, malgré l'avis du médecin, et nous avons pu savoir qu'il était mort quelque temps après.

OBSERVATION 119.

Homme de 41 ans qui se présente à nous le 10 avril 1935. Il y a six semaines il a dû interrompre son travail pour asthénie brusque.

Néanmoins, malgré sa fatigue, il a un aspect général assez bon et pèse 55 kg. 600. La température oscille autour de 37°,8 ou 38° le soir; à l'auscultation, submatité dans toute l'étendue des deux champs, et un foyer de râles fins aux deux sommets. A la radioscopie on lui trouve une infiltration ulcéro-caséeuse bilatérale. Présence de B. K. à l'examen direct.

Le 24 du même mois il a perdu 2 kg. 900. La radioscopie identique quoique peut-être un peu plus chargée, les râles s'entendent dans les deux tiers supérieurs des deux champs. Etat général atteint.

Le 6 mai, il a encore perdu 0 kg. 500. La radioscopie est encore en progression. L'auscultation est inchangée. Toujours présence de B. K.

Le 4 juin, il ne pèse plus que 51 kg. 800, l'auscultation encore plus importante s'étend dans la totalité des deux champs. A la radio les lésions se creusent davantage des deux côtés, en particulier à gauche, où une volumineuse spélonque est en formation. Etat général très grave.

Malade décédé fin juin, trois mois après son entrée au Sanatorium; quatre mois après le début apparent.

OBSERVATION 130.

Femme de 58 ans. Début, il y a un mois par un épisode bronchique.

Entre au Sanatorium le 3 janvier 1935; elle a alors

un aspect floride et pèse 70 kilogs pour une taille de 1 m. 72 et se sent tellement bien que malgré des examens de crachats constamment positifs, elle va demander à quitter le Sanatorium pour reprendre son travail, après quelques jours de présence.

La permission lui est d'ailleurs refusée, car elle a une température oscillant autour de 37-38°. De plus, à l'auscultation, il y a une submatité au sommet gauche avec diminution de la respiration. Des ronflants et des sibilants dans toute l'étendue des deux champs.

A la radio, infiltration fibro-caséeuse à prédominance gauche, où il y a une assez grande excavation sous la clavicule.

Le 18 mars elle a perdu 1 kilog et on a une impression d'extension de la spélonque gauche.

Le 5 avril, elle ne pèse plus que 66 kilogs, donc 4 kilogs perdus en quatre mois, mais néanmoins elle se sent toujours bien. Température vespérale, 37°,5-37°,8.

A la radio il y a maintenant une image circulaire très importante avec niveau liquide.

Le 30 juin, brusquement l'état général décline. Les lésions s'étendent sous la clavicule droite. L'auscultation, parallèlement, laisse entendre en plus des râles humides au sommet droit.

Depuis, son mal ne fait que s'aggraver et le 4 novembre, date à laquelle nous l'avons vue pour la dernière fois, notre malade était alitée avec 38°,2 et un état général très alarmant.

OBSERVATION 131.

Il s'agit encore d'une femme de 53 ans. Lorsqu'elle est rentrée au Sanatorium, le 13 février 1935, elle vient de faire une grippe, et son médecin traitant ayant eu l'idée de faire une analyse de crachats y a trouvé des B. K.

Elle fait actuellement une température de 37°,8 maximum. Elle pèse 42 kg. 200, mais néanmoins à l'air assez robuste. A l'auscultation elle a quelques râles humides aux deux sommets et à la radio une infiltration fibro-caséeuse bilatérale excavée sous la clavicule droite.

Après cette date nous l'avons examinée au moins une fois tous les quinze jours et nous avons pu constater une extension lente mais continue de ses lésions jusqu'au 2 juillet 1935, sans aucune atteinte de l'état général.

A cette date elle a maigri et ne pèse plus que 41 kilogs. A la radio extension des lésions surtout à droite, où il y a des cavités disséminées dans tout le champ pulmonaire.

L'état général commence à être atteint.

Le 20 août le déclin continue et elle ne pèse plus que 39 kilogs.

Le 22 octobre, date de notre dernier examen, elle était dans un état très grave et ne pesait plus que 38 kg. 400. Tous les examens des crachats faits au Sanatorium ont montré la présence de nombreux B. K.

Il nous reste à examiner les formes aiguës. La seule que nous ayons rencontrée chez nos malades a été la forme miliaire et encore n'en avons-nous que deux observations, soit 1,61 %. Ce chiffre coïncide avec les deux seuls que nous connaissions : Braun 1,47 %; Schlesinger 1,50 %.

Ce qui frappe c'est donc la rareté de ces formes par rapport à leur fréquence relative chez les sujets jeunes, sans doute à cause du nombre relativement

grand des granulies dans la première période de la vie.

Nous ne prétendons pas, à l'examen de deux observations, déduire la marche de cette forme de l'infection tuberculeuse après quarante ans; il nous suffira, sans doute, de dire que nous n'avons pas remarqué de différences appréciables entre l'évolution de nos malades et la description classique.

Notre première observation venant du Sanatorium Clémentel est celle d'une femme de quarante-sept ans, qui avait à droite une lobite supérieure excavée active évolutive, à gauche des lésions broncho-pneumoniques diffuses et fit une granulie terminale.

Notre seconde observation recueillie à l'Hôpital-Sanatorium Sabourin est celle d'un homme de quarante-cinq ans, qui avait fait une pleurésie purulente, arriva cachectique et mourut de granulie un mois après son arrivée.

FORME PSEUDO-CANCÉREUSE CACHECTISANTE

Nous n'avons rencontré cette forme que deux fois dans le cours de nos observations; cependant, étant donné ses caractères très spéciaux et le diagnostic souvent difficile d'avec un néoplasme qu'elle pos, nous estimons indispensable de lui consacrer un chapitre spécial.

Ce qui frappe d'abord à l'examen du malade, c'est que tant au point de vue moral, qu'au point de vue physique, il est abattu, brusquement devenu un très vieil homme. Il a maigri beaucoup, très rapidement, il n'a plus aucune force et il est pâle.

L'anémie considérable, beaucoup plus que dans n'importe quelle autre forme de tuberculose, est après l'adynamie le symptôme le plus évident.

L'aspect général fait supposer l'existence d'un néoplasme; puis, plus détaillé, l'examen appelle l'attention du médecin sur un syndrome respiratoire.

Il faut se rappeler le polymorphisme du cancer du poumon et l'absence de signe spécifique.

Ne pas compter sur l'expectoration gelée de groseille, ni sur la présence de cellules néoplasiques.

On est en face d'un malade cachectique, très anémique, qui tousse, est dyspnéique, peut avoir eu des hémoptysies, présente des signes physiques de condensation pulmonaire.

On pense d'abord à une tuberculose pulmonaire, affection plus fréquente, mais l'aspect général est celui d'un cancer qui a la même symptomatologie clinique.

Seule la radiologie pourra donner la clé du problème mais parfois avec bien des difficultés.

Le cancer du poumon pourra revêtir l'un des cinq types suivants :

Ou bien au niveau du hile ou a une masse de volume variable, suspendue au médiastin, à contours nets curvilignes que la radioscopie permet d'interpréter comme une ou des masses ganglionnaires;

Ou bien il s'agira d'une masse ordinairement arrondie, rapelant un kyste siégeant en plein parenchyme;

Ou bien opacité de tout un hémithorax simulant une pleurésie dont la clinique le distingue aisément;

L'aspect pseudo-cavitaire et la forme à noyaux disséminés sont beaucoup plus rares.

Mais il faut bien reconnaître toutefois qu'il n'existe en réalité aucun signe radiologique vraiment pathognomonique. Avec beaucoup de raison, Monsieur le Professeur Tapie a insisté sur les difficultés de ce diagnostic. Le cancer peut donner des

images radiologiques identiques à celles de toutes les formes de la tuberculose pulmonaire. Mais cet auteur attache cependant une réelle valeur chez l'adulte à l'envahissement des ganglions médiastinaux, lorsqu'il est très visible à l'écran et à l'étude des radiographies en série qui, dans le cancer, permet d'affirmer l'extension assez particulière du néoplasme et l'atteinte du médiastin.

D'autres fois, au contraire, ce sera un cancer qui sera pris pour une tuberculose pulmonaire; mais, dans ce cas, les examens de crachats constamment négatifs aiguilleront le médecin vers la possibilité d'une autre cause aux phénomènes constatés.

LOCALISATIONS EXTRA-PULMONAIRES ASSOCIÉES

La question serait de savoir si le fait pour un tuberculeux d'avoir la quarantaine et au-dessus doit lui permettre d'avoir des complications particulières ou en plus grand nombre. A priori, il semblerait que oui; la déficience des défenses organiques, l'usure de l'organisme lui-même devraient faciliter l'ensemencement bacillaire. Or ce n'est pas ce qui résulte de l'examen de nos malades. Nous avons trouvé, en effet, 13 laryngites, 6 tuberculoses intestinales, 1 péritonite bacillaire, 4 fistules anales, 4 lésions osseuses, 4 cas de troubles cardiaques, 1 pleurésie postérieure à l'atteinte pulmonaire, 2 tuberculoses rénales, 3 syphilis, 1 tuberculose cutanée, 1 rhumatisme de Poncet, 2 phlegmatia.

Aussi ne nous semble-t-il pas que les complications de l'âge mûr soient dans une fréquence autre, ni d'une autre forme que dans la jeunesse.

Nous devons dire quelques mots cependant d'au-

tres complications qui sont plutôt des associations !

Le diabète est indéniablement un facteur prédisposant et aggravant pour la tuberculose. Gaudrelet, Justin Roux, Sergent, ont particulièrement insisté sur le degré d'acidité des humeurs comme cause favorisante de la tuberculose; il est très vraisemblable que le diabète n'agit pas autrement. Une chose, en tous cas est frappante : c'est la simultanétité de l'évolution des deux affections. C'est une vérité bien connue qu'un diabétique sera naturellement prédisposé à la tuberculose; et si chez un tuberculeux diabétique le diabète vient pour une raison ou une autre à s'aggraver, sa tuberculose va immédiatement en subir le fâcheux contre-coup. De là la nécessité du traitement précoce pour les diabètes graves, de la surveillance attentive des diabètes bénins et bien supportés.

Nous n'avons noté dans nos observations que trois cas de syphilis associés : deux formes fibreuses pures, une sclérose pleuro-pulmonaire chez un malade à réaction de Wasserman positive, tabétique et porteur d'une volumineuse ectasie aortique. Cependant, nous ne croyons pas à l'intangibilité de l'opinion classique, suivant laquelle la syphilis associée à la tuberculose doive donner forcément des lésions fibreuses. Et à l'appui de notre thèse, nous nous permettrons de rappeler une observation citée par Monsieur le Professeur Tapie :

Jusqu'à l'âge de 68 ans, M^me^ B..., pensionnaire de l'Hospice de la Grave, se portait assez bien. Dans le

courant du mois de janvier 1931, elle remarque l'apparition de boutons sur le nez qui entraînent une gêne assez marquée de la respiration et de la difficulté pour se moucher. Un écoulement nasal, jaunâtre et sirupeux, accompagnait ces premiers symptômes. Un mois plus tard l'éruption avait envahi progressivement la face externe du nez et la lèvre supérieure.

La malade présentait alors un nez en aubergine, rouge violacé tomenteux, doublé de volume dans sa moitié inférieure par un infiltrat massif, limité à droite par le sillon naso-génien et débordant à gauche le sillon symétrique. Des lésions buccales très particulières accompagnaient cette hypertrophie des parties molles du nez et apportaient un argument précieux en faveur de la syphilis : en faisant tirer la langue à la malade, on constatait en avant une plaque de leucoplasie, et en arrière, un épaississement irrégulier donnant à l'organe un aspect ficelé caractéristique.

L'examen de l'appareil cardio-vasculaire montra des battements sus-sternaux et un claquement du deuxième bruit au foyer aortique. A l'écran radioscopique, l'aorte était sombre, mais de volume normal. Pas d'hypertrophie cardiaque. Tension artérielle : maxima, 14; minima, 8; par la méthode auscultatoire. Pas de lésion organique du système nerveux; réflexes tendineux et pupillaires normaux. Le résultat fortement positif de la réaction de Bordet-Wassermann et de la réaction de Kahn dans le sang confirma un diagnostic qui s'imposait par la simple observation clinique.

Il s'agissait d'une syphilis ancienne, car au début de son mariage, M^me^ B... avait eu deux enfants mort-nés; son mari était mort d'un cancer de la langue.

Sous l'influence d'un traitement ioduré associé à quelques injections mercurielles, on assista à la fonte rapide des lésions nasales; quelques mois plus tard la

malade était méconnaissable, son nez étant redevenu complètement normal. Cette malade fut désormais sans histoire jusqu'en mai 1933. A ce moment l'entourage remarqua une altération rapide de l'état général; M^me^ B... se plaignait d'asthénie, d'inappétence, d'un amaigrissement rapide et d'essoufflement; sa température était un peu anormale. Une toux assez fréquente, une expectoration d'abord minime puis plus abondante et muco-purulente, attirèrent rapidement notre attention du côté de l'appareil respiratoire.

A l'examen du thorax, on constatait un amaigrissement marqué faisant saillir les arcs costaux et une amyotrophie du trapèze gauche. A la partie moyenne du poumon gauche on notait de la diminution des vibrations locales, de la bronchophonie et quelques crépitations après la toux. Du côté opposé, rien de très nettement perceptible. Ces symptômes amenèrent la malade devant l'écran radioscopique : la plage pleuro-pulmonaire gauche présentait une légère diminution de transparence prédominant surtout dans les zones juxta ou sous-hilaires avec quelques marbrures irradiant vers l'intérieur du poumon. Du côté opposé, quelques calcifications dans un poumon de transparence normale. Un premier examen de crachats ne montre pas de bacilles de Koch. Cependant l'état général de la malade décline rapidement. La fièvre s'élève; on note de brusques poussées thermiques aux environs de 40°. La toux devient extrêmement fréquente, pénible, ramenant une abondante expectoration purulente, mais sans hémoptysies.

Le syndrome physique s'accentue lui aussi et permet d'affirmer une fonte cavitaire du lobe supérieur gauche; dans le reste du poumon l'auscultation fait percevoir quelques râles humides disséminés. Dans le poumon droit apparaissent des signes plus discrets : submatité et quelques crépitations après la toux. Un

nouvel examen de crachats met en évidence la présence de très nombreux bacilles de Koch.

Dès lors l'évolution se précipite; la cachexie fait de rapides progrès, associée à une fièvre à grandes oscillations; la malade succombe le 19 octobre; la durée totale de sa tuberculose pulmonaire n'a pas dépassé cinq mois.

ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE

Comme nous le disions dans un chapitre antérieur, la tuberculose après quarante ans n'est, dans la grosse majorité des cas, que le réveil d'un épisode déjà ancien. Nous avons pu en faire la preuve pour quatre-vingt-huit cas sur les cent trente-cinq que comporte notre statistique. Pour les quarante-sept autres, si nous ne nouvons affirmer qu'il s'agisse de tuberculose datant de la jeunesse, il est également impossible d'affirmer que nous avons à faire à des affections récentes.

Mais comment cette tuberculose ancienne, endormie depuis des années, a-t-elle pu se réveiller ?

L'influence des maladies anergisantes pourrait, dans quelques cas bien rares, il est vrai, être mise en cause. C'est bien souvent à la suite d'une « grippe » que le malade s'est senti fatigué et a été reconnu tuberculeux. Cependant, il nous semble plus logique d'admettre que cet épisode fébrile était

la plupart du temps le premier sympôme de la reprise de la maladie, non sa cause.

L'alcoolisme, parfois cité, ne nous a pas semblé une cause évidente de prédisposition ou d'aggravation et d'ailleurs nous ne l'avons rencontré que dans de rares observations. Certes, il faut se garder de le négliger, mais ne pas exagérer non plus son importance.

Il semble bien certain que c'est par les lésions hépatiques qu'il détermine, que peut agir l'alcool. On sait l'aggravation du pronostic qu'amène chez un tuberculeux l'apparition d'une note hépatique, de même que la fréquence de la tuberculose pulmonaire au cours des maladies du foie, des cirrhoses en particulier.

C'est également là un fait sur lequel Monsieur le Professeur Tapie a particulièrement insisté et une fois encore, nous nous permettrons de le citer : « L'insuffisance hépatique joue aussi un rôle important dans l'éclosion des tuberculoses à marche rapide qu'on observe dans le décours de certaines maladies aiguës comme la fièvre typhoïde et dans certaines intoxications chroniques comme le diabète ou l'alcoolisme. On pourrait objecter que chez l'alcoolique la tuberculose offre parfois une évolution bien différente; en réalité, une distinction s'impose d'après notre expérience personnelle : en l'absence de troubles digestifs d'origine hépatique, l'alcoolique fait presque toujours une tuberculose fibreuse à marche lente, mais lorsqu'il présente une insuffisance hépatique avérée, la tuberculose brûle les

étapes et prend l'allure de la phtisie galopante. Ainsi l'insuffisance hépatique nous apparaît comme un trait commun à plusieurs affections dites « phtisiogènes. »

La superinfection d'origine exogène que certains auteurs ont niée, doit certainement jouer un rôle; mais sans être particulièrement caractéristique de cette période de la vie.

Le genre de vie, le métier interviennent, cela n'est pas douteux, non plus que les conditions hygiéniques défectueuses, mais ce sont là des causes qui ne sont pas particulières à la quarantaine.

Ce qui, par contre, nous paraît une cause autrement importante, c'est le surmenage accru au moment précis où le terrain commence à devenir déficient.

En règle générale, l'homme travaille certes toute sa vie; mais qu'il le veuille ou non, au moment de la quarantaine, quand il commence à penser au moment où il ne pourra plus travailler alors que ses besoins et ceux de sa famille n'ont pas cessé de s'accroître, il va augmenter encore sa somme de travail pour finalement aboutir au surmenage physique.

Et, toujours pour prendre des chiffres moyens, c'est aussi l'époque où va se poser dans toute son acuité la question de l'avenir des enfants. Ce facteur sentimental n'est certainement pas négligeable; en tous cas, c'est grâce à lui qu'au surmenage physique va s'ajouter le surmenage intellectuel.

Sur le plan de l'organisme c'est également à ce

moment qu'intervient la crise physiologique du retour d'âge. Le système endocrinien est alors particulièrement bouleversé. Et bien que nos connaissances à ce sujet n'aient peut-être pas encore acquis toute la netteté désirable, ce que nous en savons ne nous permet pas moins de comprendre toute la portée de semblable bouleversement.

L'hyperthyroïdie qui se produit à ce moment détermine toujours un fléchissement de l'allergie tuberculeuse. C'est ainsi que Coulaud étudiant les variations de la cuti-réaction aux différentes étapes de la vie génitale de la femme rattache l'anergie tuberculinique, souvent observée, à la suractivité thyroïdienne contemporaine de la grossesse et de la ménopause.

Les troubles de la sécrétion parathyroïdienne amènent par contre-coup fatal des heurts dans le métabolisme du calcium.

En un mot, le déséquilibre du système endocrino-végétatif va amener le déséquilibre de l'organisme entier grâce auquel des bacilles dont on pouvait croire la disparition définitive ou tout au moins l'absence de virulence, vont reprendre leurs ravages un moment interrompus.

Bien d'autres faits prouvent encore ce rôle de défense antituberculeuse dévolu aux glandes endocrines. Citons pour mémoire ces données classiques de l'endocrinologie : l'évolution rapide de la tuberloe chez les basedowiens, la prédilection des tuberculoses graves pour l'âge de la puberté et des grossesses.

N'oublions pas qu'en même temps que cette crise physiologique l'organisme commence son involution.

Des années après, lorsque l'homme, de jeune encore est devenu sénile, cette sénilité va ajouter encore des causes de reprise à la maladie; l'appareil respiratoire lui-même est fonctionnellement diminué, les moyens généraux de défense sont devenus tout à fait insuffisants, les échanges, les combustions se font mal. Ajoutons à celà le manque d'hygiène, corrolaire de la trop fréquente misère, et l'on saura pourquoi la vieillesse paye si souvent son lourd tribut à la maladie.

PRONOSTIC

Le pronostic dépendra évidemment comme à tous les autres âges de la forme anatomo-clinique. Toujours réservé, il faudra se souvenir cependant que la tuberculose peut parfaitement régresser à tout le moins se stabiliser quel que soit l'âge du malade. Autrefois on hésitait longuement avant de faire au-dessus de quarante ou quarante-cinq ans tout autre traitement que la cure sanatoriale ; mais aujourd'hui, ainsi que nous le démontrerons dans un chapitre ultérieur, l'expérience a appris à être plus audacieux.

Il faudra toujours se méfier des formes évolutives, en particulier des formes évolutives torpides et ne jamais oublier que la fièvre n'est que la traduction d'une défense de l'organisme. Ce n'est pas parce qu'un individu est apyrétique que le pronostic est bénin. Au contraire, nous devrons toujour nous méfier des lésions qui évoluent chez des individus dont la température reste toujours aux

environs de 37 et qui par conséquent ne se défendent pas.

Nous ne rappelons que pour mémoire que le pronostic à cet âge ne devra pas seulement dépendre de l'état du poumon, mais autant de celui du myocarde particulièrement sujet à des défaillances, ainsi d'ailleurs que le foie et le rein.

De même, nous ne parlerons qu'à peine des formes très évolutives et des formes aiguës à pronostic absolument fatal.

Quant aux formes fibreuses ne se manifestant que par des signes de bronchite ou de scléro-emphysème, leur pronostic est habituellement bon; nous disons habituellement et non toujours, car elles peuvent parfois réserver des surprises désagréables.

« Comme le bois séché des vieux chalets, le tissu fibreux, particulièrement le terrain sénile, est vite consumé, lorsque le feu s'y met » a dit Burnand. Il s'agit parfois d'une cause infime, d'une simple fatigue pour enflammer littéralement un poumon que l'on croyait bien stabilisé. Fort heureusement il ne s'agit que de la minorité des cas; mais nous croyons intéressant d'en citer des observations.

OBSERVATION 101

Homme de 38 ans ayant eu déjà une tuberculose rénale opérée. Ce malade se portait bien, avait une température à peu près normale, pas de bruits adventices à l'auscultation et à la radio une image de tuberculose pulmonaire fibreuse des deux sommets; deux mois après son arrivée, alors qu'il semblait aller bien, il se

met sans cause apparente à faire une température de 37°-38° avec des clochers à 39° et, en même temps, il présente un ensemencement micro-nodulaire des deux poumons.

C'est mourant que trois mois après son arrivée, il part chez lui sur la demande de sa famille.

Peut-être plus typique encore est cette observation d'un autre de nos malades de l'hopital Sanatorium Sabourin.

OBSERVATION 127

Il s'agit d'un homme de 61 ans, ayant fait en 1926, c'est-à-dire il y a près de dix ans une pleurésie purulente et n'avait jamais cessé de se soigner depuis. Il avait une tramite des deux bases, était apyrétique, mais avait quelques rares B. K., ce qui l'incitait à continuer à se soigner. Au mois de juillet dernier après s'être soigné pendant neuf ans, il quitte le Sanatorium. Chez lui, il travaille un peu et se fatigue. Finalement, le 10 octobre, nous le voyons revenir anorexique, ayant perdu 5 kg. avec une image en nid d'abeilles sous la clavicule gauche et un retentissement humide de la toux à ce niveau.

Evidemment, deux observations sur cent trente-cinq représentent l'exception; mais il n'en reste pas moins que pour éviter toute surprise de ce genre, le pronostic doit toujours et dans tous les cas se montrer réservé.

LA CUTI-RÉACTION

Il nous aurait paru intéressant d'étudier les variations de la cuti-réaction à la tuberculine, selon les formes et les différentes étapes de l'évolution. Malheureusement, il ne nous a pas été possible d'en pratiquer beaucoup après quarante ans, et nous ne pouvons par conséquent tirer de nos résultats trop peu nombreux aucune conclusion précise.

Néanmoins, il nous a semblé que les quelques résultats que nous avons obtenus ne s'écartaient pas sensiblement des données classiques. En particulier, dasn la forme torpide évolutive, les réactions fortes au début, deviennent, lorsque l'état général décline, plus faibles, puis retardées et plus faibles encore, et ont toujours été négatives à la période terminale. Cette négativité d'ailleurs, a toujours été vérifiée ultérieurement, lorsqu'elle se produisait, par l'intradermo réaction.

Les formes aiguës s'accompagnaient toujours d'une cuti-réaction ou négative ou retardée et très affaiblie d'intensité.

Les formes fibreuses, avec bon état général, présentaient en revanche des réactions normales.

En un mot, et sans que nous voulions conclure d'une façon définitive, il ne nous a pas semblé qu'on pouvait porter un pronostic suivant les réactions à la tuberculine, variables avec l'évolution, ne les précédant guère.

PROPHYLAXIE

Il est bien évident que la question de prophylaxie va se poser avec une acuité toute particulière pour ce genre de malades. C'est le cas du grand-père « qui a toujours toussé », « qui a un catarrhe » tousse, crache, et contamine son entourage. Les vieux tousseurs sont-ils des tuberculeux dangereux ? Telle est la façon dont pourrait se poser la question. Tout d'abord, il faut bien reconnaître que si tous ou presque tous les tuberculeux toussent, en revanche tous ceux qui toussent ne sont pas tuberculeux; bien d'autres affections déterminent ce réflexe.

Néanmoins, un examen complet sera nécessaire pour éliminer le diagnostic de tuberculose; mais avant de l'écarter définitivement, il faudra se rappeler que des examens réitérés sont nécessaires. Beaucoup de fibreux sont paucibacillaires et ce n'est bien souvent qu'après plusieurs homogénéïsations qu'on trouvera des bacilles. Avant de conclure, nous citerons quelques chiffres qui montreront les bien-

faits de l'organisation anti-tuberculeuse telle qu'elle est actuellement conçue ; mais aussi tous les progrès qu'il reste encore à accomplir.

Sur cent trente-cinq malades, quatre avaient été contaminés par leurs parents, treize cas de tuberculose conjugale, seize avaient contaminé leurs enfants ou leurs frères et sœurs.

LE TRAITEMENT

Il y a peu de temps encore, toute intervention thérapeutique apparaissait comme extrêmement aléatoire au-dessus de quarante ans, et il était recommandé de s'abstenir toutes les fois que l'évolution ne forçait pas la main. Actuellement, nous admettons encore une très grande prudence; mais les données de l'expérience de chaque jour commencent quand même à nous inciter à sortir de cette trop grande réserve.

Nous n'avons évidemment pas ici l'intention de traiter en un seul chapitre, ce qui a été décrit dans des thèses entières, aussi nous nous contenterons de noter quelques données générales.

La cure sanatoriale, doit rester, là, plus que partout ailleurs, le traitement de base; les résultats en seront certainement moins favorables que chez des sujets jeunes, mais du moins peut-on espérer faire aboutir, à la sclérose, des lésions qui ne soient pas trop rapidement évolutives. D'ailleurs, si l'on était certain de n'obtenir ni guérison, ni stabilisation, il

serait quand même nécessaire d'isoler et de supprimer une source de contamination.

Ne pas oublier cependant que ces malades sont assez souvent des insuffisants cardiaques et leur recommander par conséquent des stations de plaine ou de moyenne altitude. Ce seront surtout les fibreux ou fibro-caséeux, peu évolutifs, qui en tireront avantage. Les petites doses de digitale et les injections d'huile camphrée trouvent chez eux, pour la même raison, de nombreuses indications.

Les sels d'or amélioreront également ces formes, sous la réserve qu'ils soient supportés. Les évolutifs, en revanche, auront peu de chances d'être améliorés. On aura avantage à employer des doses faibles et espacées. En cas de diarrhée, il faudra s'arrêter et ne reprendre ensuite que prudemment en diluant le métal dans une solution de gluconate de calcium; c'est une thérapeutique qui nous a très souvent réussi dans les services de tuberculeux que nous avons suivis.

Il est bien évident qu'il faudra très soigneusement s'en abstenir chez les malades présentant des lésions intestinales, hépatiques ou rénales même légères.

Le pneumothorax donne après quarante ou quarante-cinq ans des résultats nettement moins favorables que chez les sujets plus jeunes; néanmoins, c'est là une thérapeutique précieuse, pour laquelle lorsque son indication se pose, l'âge ne doit pas empêcher d'en faire bénéficier le sujet. Toutefois, après soixante ans, il vaudra mieux s'abstenir.

Les indications sont les mêmes que chez les jeunes, à cela près que la temporisation doit être encore plus de règle. Il y a malgré tout un certain nombre de risques à courir pour un organisme fatigué et la proportion de 62 % d'aggravations citée par Bucquoy doit faire réfléchir. Il nous semble toutefois que cette proportion soit un peu exagérée; cependant, dans notre statistique, nous ne comptons que 30 % d'améliorations chez des malades de 40 à 50 ans.

Les formes fibreuses et les formes aiguës doivent être évidemment écartées comme contre-indiquées; pour les autres, il s'agira surtout de cas d'espèces, en tenant compte de l'unilatéralité ou de la bilatéralité des lésions, de la vitesse de l'évolution et de l'état général des malades.

La phrénicectomie et la phréni-alcoolisation relèveront des mêmes indications que le pneumothorax et lorsque celui-ci sera impossible.

Quant à la thoracoplastie, nous n'en parlerons que pour mémoire, tant elle sera l'intervention exceptionnelle.

OBSERVATIONS RÉSUMÉES

12 A 20. — F..., 40 ans. Ulcéro-caséeuse bilatérale évolutive.

90 A 25. — H..., 45 ans. Scléro-emphysème bilatéral à prédominance gauche, peu évolutif.

1 A 26. — H..., 53 ans. Scléro-emphysème bilatéral à prédominance droite, peu évolutif.

57 A 26. — F..., 52 ans. Scléro-emphysème bilatéral, rares B. K. Non évolutif.

57 A 26. — H..., 53 ans. Scléro-emphysème bilatéral, peu évolutif, complication de laryngite.

107 A 26. — H..., 40 ans. Fibreux bilatéral à prédominance droite, évolution torpide, suivie d'exitus quatre ans après la première consultation.

144 A 26. — H..., 52 ans. Fibro-caséeux à prédominance droite. Evolution torpide.

80 B 26. — H..., 52 ans. Scléro-emphysème, bilatéral. Peu évolutif.

97 A 26. — H..., 55 ans. Condensation du lobe supérieur gauche, évolution torpide. Extension des lésions dans la totalité des deux champs. Laryngite. Exitus en trois ans.

157 A 26. — H..., 47 ans. Fibro-caséeuse à prédominance droite. Evolution torpide.

14 A 27. — H..., 41 ans. Scléro-emphysème à prédominance gauche. Peu évolutif.

121 C 27. — F..., 44 ans. Scléro-emphysème bilatéral, à prédominance gauche. Peu évolutif.

68 A 27. — H..., 42 ans. Fibro-nodulaire bilatéral. Présence de B. K. non évolutif.

75 A 27. — H..., 58 ans. Fibro-caséeux bilatéral actuellement en voie de régression. Suspect de syphilis.

40 A 27. — F..., 49 ans. Lobite supérieure droite à évolution torpide. Exitus, octobre 1933.

67 A 27. — H..., 40 ans. Fibro-nodulaire bilatéral. Complication de laryngite. Evolution torpide. Exitus un an après la première constatation.

76 A 27. — H..., 48 ans. Scléro-emphysème bilatéral. Peu évolutif. Complication de tuberculose intestinale.

77 A 27. — H..., 46 ans. Scléro-emphysème, bilatéral à prédominance gauche. Peu évolutif.

82 A 27. — H..., 50 ans. Fibro-caséeux bilatéral excavé, évolution torpide. Exitus un an après la première constatation.

87 A 27. — F..., 47 ans. Fibreux bilatéral à prédominance droite. Peu évolutif.

156 A 27. — H..., 41 ans. Fibro-caséeux bilatéral, torpide, évolutif compliqué de laryngite. Exitus deux mois après la première constatation.

172°A°27. — H..., 50 ans. Infiltration massive de tout le poumon gauche, excavée au lobe supérieur. A droite, taches et marbrures disséminées. Rapidement évolutive. Exitus.

189 B 27. — H..., 54 ans. Forme fibro-caséeuse bilatérale excavée, torpide évolutive. Exitus.

233 C 27. — F..., 42 ans. Fibro-caséeuse prédominante au sommet gauche en voie de stabilisation.

244 A 27. — H..., 40 ans. Scléro-emphysème bilatéral à prédominance gauche, peu évolutif.

20 A 28. — F..., 59 ans. Forme ulcéro-fibreuse gauche, torpide, évolutive.

160 A 28. — F..., 46 ans. Scléro-smphysème bilatéral, non évolutif.

174 A 28. — F..., 60 ans. Forme fibreuse bilatérale à prédominance droite peu évolutive.

218 A 28. — H..., 44 ans. Forme fibro-caséeuse des deux sommets avec participation pleurale importante, torpide, évolutive.

285 A 28. — F..., 41 ans. Forme fibreuse bilatérale discrète, peu évolutive.

307 A 28. — H..., 66 ans. Scléro-emphysème bilatéral peu évolutif.

333 A 28. — H..., 42 ans. Forme caséeuse bilatérale à prédominance droite, torpide évolutive.

4 A 29. — F..., 40 ans. Scléro-emphysème bilatéral, à prédominance gauche peu évolutif.

6 A 29. — H..., 48 ans. Forme fibro-caséeuse bilatérale excavée, lentement évolutive.

43 A 29. — H..., 42 ans. Forme fibro-caséeuse peu évolutive, chez un malade éthylique et syphilitique. Etat général amélioré, malgré une légère extension des lésions.

97 A 29. — H..., 49 ans. Scléro-emphysème n'ayant pas évolué depuis trois ans chez un malade paucibacillaire.

98 A 29. — H..., 56 ans. Forme ulcéro-fibreuse bilatérale à prédominance droite, torpide évolutive.

165 A 29. — F..., 52 ans. Forme fibreuse à prédominance droite non évolutive.

199 A 29. — H..., 40 ans. Forme fibro-caséeuse bilatérale à prédominance droite, torpide évolutive.

58 A 30. — H..., 49 ans. Scléro-emphysème à prédominance gauche peu évolutif.

185 A 30. — H..., 54 ans. Pleuro-pneumonie droite, nombreux B. K., torpide évolutive.

193 A 30. — H..., 59 ans. Forme fibreuse bilatérale peu évolutive.

230 A 30. — F..., 46 ans. Forme fibreuse bilatérale compliquée de laryngite, non évolutive.

298 A 30. — F..., 49 ans. Forme fibro-caséeuse à début droite, puis bilatéralisée, torpide évolutive.

378 A 30. — H..., 52 ans. Forme fibro-caséeuse droite, torpide évolutive.

397 A 30. — H..., 45 ans. Forme ulcéro-fibreuse évolutive chez un malade atteint de paralysie générale. Exitus.

419 A 30. — H..., 61 ans. Scléro-emphysème, bilatéral peu évolutif.

8 A 31. — H..., 50 ans. Forme caséeuse largement bilatéralisée, torpide évolutive.

102 A 31. — H..., 52 ans. Scléro-emphysème bilatéral à prédominance droite, lentement évolutif.

186 A 30. — H..., 51 ans. Forme ulcéro-caséeuse bilatérale, torpide évolutive.

Obs. 54. — H..., 41 ans. Lobite supérieure droite excavée ayant régressé en un an de cure associé à un pneumothorax.

Obs. 55. — H..., 53 ans. Forme ulcéro-nodulaire bilatérale, torpide évolutive.

Obs. 56. — H..., 43 ans. Scléro-emphysème bilatéral, peu évolutif.

Obs. 57. — H..., 45 ans. Forme ulcéro-nodulaire de type froid, bilatérale, largement lacunaire, active, torpide, évolutive.

Obs. 58. — H..., 50 ans. Forme ulcéro-caséeuse excavée à prédominance droite, torpide évolutive. Exitus.

Obs. 59. — H..., 35 ans. Tuberculose ulcéro-caséeuse bilatérale, excavée, active, évolutive, avec ensemencement micro-nodulaire des deux champs, torpide, évolutive.

Obs. 60. — H..., 43 ans. Tub. ulcéro-fibreuse largement excavée au sommet droit. Torpide, évolutive.

Obs. 61. — H..., 47 ans. Forme ulcéro-caséeuse à droite, ensemencement micro-nodulaire de la base gauche, très amélioré en 7 mois de cure.

Obs. 62. — H..., 59 ans. Tub. fibro-caséeuse excavée gauche. Torpide, évolutive.

Obs. 63. — H..., 45 ans. Tub. fibro-nodulaire du lobe inférieur droit, peu évolutive.

Obs. 64. — H..., 45 ans. Ulcéro-caséeuse, bilatérale avec réaction fibreuse dense chez un éthylique. Torpide, évolutive.

Obs. 65. — H..., 42 ans. Tub. ulcéro-caséeuse bilatérale, avec lésions micro-nodulaires. Torpide, évolutive.

Obs. 66. — H..., 45 ans. Tub. ulcéro-fibreuse à prédominence droite. — Pas d'évolution depuis la première consultation en janvier 1934.

Obs. 67. — H..., 45 ans. Tub. ulcéro-caséeuse à prédominence gauche, évolutive.

Obs. 68. — F..., 40 ans. Tub. fibreuse, ayant débuté par une péritonite tuberculeuse actuellement fistulisée, peu évolutive.

Obs. 69. — F..., 40 ans. Tub. fibro-caséeuse bilatérale, excavée, évolutive.

Obs. 70. — F..., 49 ans. Tub. fibreuse torpide, non évolutive.

Obs. 71. — F..., 44 ans. Tub. ulcéro-nodulaire bilatérale excavée, torpide évolutive.

Obs. 72. — F..., 40 ans. Tub. fibro-caséeuse bilatérale excavée, chez une malade atteinte de maladie de Reynaud et laryngite tuberculeuse. Torpide évolutive.

Obs. 73. — F..., 55 ans. Tub. fibreuse bilatérale, suivie deux mois seulement; mais sortie très améliorée du Sanatorium.

Obs. 74. — F..., 50 ans. Tub. fibro-caséeuse bilatérale, excavée. Torpide évolutive. Exitus par hemoptysie foudroyante.

Obs. 75. — F..., 50 ans. Tub. fibro-caséeuse bilatérale, excavée. Torpide évolutive. Exitus.

Obs. 76. — F..., 47 ans. Lobite supérieure droite, excavée, active, évolutive. Exitus par granulie.

Obs. 77. — H..., 40 ans. Tub. fibro-caséeuse bilatérale. Torpide très évolutive. Exitus.

Obs. 78. — H..., 51 ans. Tub. fibro-caséeuse excavée droite, très améliorée par le pneumothorax et la cure sanatoriale.

Obs. 79. — H..., 55 ans. Tub. ulcéro-caséeuse droite, améliorée par le pneumothorax et la cure sanatoriale.

Obs. 80. — H..., 42 ans. Tub. fibro-nodulaire à prédominance gauche où elle est excavée. Torpide évolutive.

Obs. 81. — H..., 54 ans. Tub. fibro-caséeuse bilatérale. Torpide évolutive.

Obs. 82. — H..., 40 ans. Tub. fibreuse bilatérale à prédominance droite où il y a une petite excavation, peu évolutive.

Obs. 83. — H..., 51 ans. Tub. fibro-caséeuse excavée à prédominance droite avec complication laryngée. Evolutive.

Obs. 84. — H..., 40 ans. Tub. ulcéro-fibreuse bilatérale, à prédominance droite. Torpide évolutive.

Obs. 85. — H..., 47 ans. Tub. fibro-caséeuse à prédominance droite où il y a une spélonque sous la clavicule. Pneumo. longtemps inefficace jus-

qu'au moment où une poussée liquidienne fébrile améliore le collapsus. Actuellement, malade amélioré.

Obs. 86. — H..., 46 ans. Tub. fibro-caséeuse évolutive, un peu améliorée par le pneumothorax.

Obs. 87. — H..., 43 ans. Tub. ulcéro-fibreuse bilatérale à prédominance droite, nettement améliorée par un an de Sanatorium.

Obs. 88. — H..., 45 ans. Tub. fibro-caséeuse droite. Torpide évolutive, traitée par un pneumothorax partiellement inefficace.

Obs. 89. — H..., 49 ans. Tub. ulcéro-fibreuse, largement excavée aux sommets. Torpide évolutive.

Obs. 90. — H..., 54 ans. Tub. fibro-nodulaire, lentement évolutive.

Obs. 91. — H..., 44 ans. Tub. fibreuse bilatérale, peu évolutive.

Obs. 92. — H..., 41 ans. Tub. ulcéro-fibreuse à gauche, fibreuse à droite, lentement évolutive.

Obs. 93. — H..., 41 ans. Tub. fibro-caséeuse bilatérale, à prédominance fibreuse, peu évolutive.

Obs. 94. — H..., 45 ans. Tub. ulcéro-fibreuse bilatérale, à évolution torpide.

Obs. 95. — H..., 53 ans. A l'arrivée (janvier 1935), lobite supérieure droite, excavée, en voie de rétraction; à gauche, ensemencement croisé secondaire de la partie moyenne, d'apparence récente. Pneumo droit électif, puis 4 mois après, alcoolisation phrénique gauche, et en août, pour la première fois, trois examens successifs négatifs.

Obs. 96. — H..., 45 ans. Tub. fibreuse bilatérale. Non évolutive.

Obs. 97. — H..., 42 ans. Tub. ulcéro-fibreuse droite. Torpide évolutive.

Obs. 98. — H..., 57 ans. Tub. fibro-caséeuse bilatérale, excavée, chez un malade ayant une laryngite bacillaire et une aortite syphilitique. Torpide évolutive. Exitus.

Obs. 99. — H..., 42 ans. Tub. fibro-caséeuse bilatérale, rapidement évolutive. Exitus.

Obs. 100. — H..., 53 ans. Tub. ulcéro-fibreuse bilatérale non évolutive.

Obs. 101. — H..., 58 ans. Tub. primitivement fibro-caséeuse ayant subi secondairement une extension micro-nodulaire. Torpide évolutive. Exitus.

Obs. 102. — H..., 53 ans. Tub. fibro-caséeuse, excavée à droite et légèrement bilatéralisée, évolutive. Perdu de vue; mais parti dans un état désespéré.

Obs. 103. — H..., 43 ans. Tub. fibreuse, peu évolutive.

Obs. 104. — H..., 52 ans. Tub. fibro-caséeuse bilatérale, excavée à droite, ayant régressé après 7 mois de cure.

Obs. 105. — H..., 54 ans. Tub. fibro-caséeuse droite, avec caverne parahilaire. Evolutive.

Obs. 106. — F..., 47 ans. Tub. fibreuse sans B. K., très discrète, pas d'évolution.

Obs. 107. — H..., 42 ans. Tub. fibro-caséeuse à prédominance droite, avec une volumineuse spélonque sous la clavicule. Evolutive.

Obs. 108. — H..., 54 ans. Tub. ulcéro-caséeuse bilatérale, active, évolutive avec complication laryngée.

Obs. 109. — H..., 49 ans. Tub. fibro-caséeuse bilatérale, largement excavée. Evolutive.

Obs. 110. — H..., 45 ans. Tub. fibro-caséeuse bilatérale, excavée, avec complication de phlébite et laryngite. Torpide évolutive. Exitus.

Obs. 111. — F..., 40 ans. Tub. ulcéro-caséeuse bilatérale. Torpide évolutive.

Obs. 112. — H..., 48 ans. Tub. fibreuse bilatérale, avec une volumineuse spélonque au sommet droit. Torpide évolutive.

Obs. 113. — H..., 43 ans. Tub. fibreuse bilatérale, avec une forte participation pleurale compliquée de périviscérite tuberculeuse et rhumatisme de Poncet. Torpide évolutive.

Obs. 114. — H..., 46 ans. Tub. ulcéro-caséeuse bilatérale, rapidement évolutive. Exitus.

Obs. 115. — H..., 45 ans. Tub. ulcéro-caséeuse bilatérale, terminée par une granulie.

Obs. 116. — F..., 45 ans. Tub. fibro-caséeuse du sommet gauche, stabilisée par un pneumothorax électif.

Obs. 117. — H..., 56 ans. Tub. fibro-caséeuse bilatérale, excavée. Torpide évolutive.

Obs. 118. — F..., 56 ans. Tub. fibro-caséeuse bilatérale, avec une volumineuse spélonque gauche. Torpide évolutive.

Obs. 119. — H..., 41 ans. Tub. ulcéro-caséeuse bilatérale, évolutive, marche torpide.

Obs. 120. — H..., 41 ans. Tub. ulcéro-caséeuse bilatérale, active, évolutive.

Obs. 121. — H..., 57 ans. Tub. fibro-caséeuse bilatérale. Torpide évolutive.

Obs. 122. — H..., 47 ans. Tub. fibro-caséeuse bilatérale, excavée. Torpide évolutive.

Obs. 123. — H..., 54 ans. Tub. fibro-caséeuse, para-hilaire droite, évolutive, avec tendance à l'ulcération des lésions.

Obs. 124. — H..., 46 ans. Tub. ulcéro-caséeuse bilatérale. Torpide évolutive.

Obs. 125. — H..., 50 ans. Tub. ulcéro-fibreuse bilatérale, n'ayant pas évolué depuis un an de Sanatorium.

Obs. 126. — H..., 53 ans. Sclérose pulmonaire droite. Peu évolutive.

Obs. 127. — H..., 61 ans. Sclérose bilatérale des bases, avec bacilles intermittents, n'ayant pas évolué depuis 9 ans. Apparition d'une image en nid d'abeille sous la clavicule gauche à la suite d'un surmenage.

Obs. 128. — H..., 43 ans. Tub. fibro-caséeuse gauche, actuellement en voie de régression après 6 mois de Sanatorium.

Obs. 129. — H..., 56 ans. Tub. fibro-caséeuse à prédominance droite. Evolutive.

Obs. 130. — F..., 58 ans. Tub. fibro-caséeuse, bilatérale, excavée par la suite. Torpide évolutive.

Obs. 131. — F..., 53 ans. Tub. fibro-caséeuse bilatérale, excavée. Torpide évolutive.

Obs. 132. — H..., 53 ans. Tub. fibro-caséeuse à prédominance droite, en régression après 9 mois de Sanatorium.

Obs. 133. — H..., 56 ans. Tub. ulcéro-caséeuse bilatérale. Torpide évolutive.

Obs. 134. — H..., 60 ans. Sclérose pleuro-pulmonaire bilatérale, chez un tabétique. Peu évolutive.

Obs. 135. — F..., 70 ans. Tub. pseudo-cancéreuse cachectisante.

CONCLUSIONS

I. Après 40 ans, la tuberculose pulmonaire se développe sur un terrain particulier, l'organisme commençant à cet âge son involution, ce qui lui imprime des formes et une évolution particulières.

II. Presque toujours réveil d'une lésion ancienne, elle est amenée par des causes nombreuses parmi lesquelles il faut citer le surmenage physique et intellectuel, le retour d'âge, les déficiences organiques, les excès.

III. Elle est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes.

IV. Les formes dominantes sont des formes évolutives parmi lesquelles il convient de citer comme spécifique de cet âge, la forme à évolution torpide. Les formes aiguës et malignes sont rares.

V. Le pronostic doit toujours être réservé même pour les formes fibreuses « stagnantes » susceptibles de réveils imprévus.

VI. La prophylaxie consiste surtout dans le diagnostic de tuberculose chez les vieux tousseurs et lorsque ce diagnostic est fait dans l'isolement des malades en milieu sanatorial.

VII. Le traitement, ordonné toujours très prudemment, doit tenir compte à la fois de la nature et de l'évolution des lésions et de l'état général du malade.

Sous ces réserves, ce sera le même que pour le sujet jeune.

Vu : *Le Président de la Thèse*,
J. TAPIE.

Vu : *Le Doyen*,
E. BARDIER.

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 3 Mars 1936.
Le Recteur :
Président du Conseil de l'Université,
J. GHEUSI.

BIBLIOGRAPHIE

ANTONIO. — Tuberculose des vieillards et propagation familiale (*Comité médical des Bouches-du-Rhône,* 12 mai 1922).

ARGENTINA (G. B.). — Le varianti senili della tubercolosi polmonare (*Gazz. internaz. med. chirurg.,* 32; 802-809, 31 décembre 1931).

BANAYAI (A. L.). — Pulmonary tubercolosis in the aged (*Am. Rev. tuberc.,* 21, pp. 568-578, avril 1930).

BARIÉ. — Recherches sur la tuberculose sénile (*Revue de Médecine,* Paris, 1895, t. XV, p. 793; 1896, t. XVI, p. 17).

BARD (L.). — Formes cliniques de la tuberculose pulmonaire (*Masson,* 1927).

BOCHELLI. — Ueber Alterstuberkulose (*Therapie der Gegenwart,* octobre 1932).

BOINET. — Fréquence et dangers de la tuberculose sénile (*Marseille médical,* 1905, t. XLII, p. 427).

BONNAMOUR (S.) et DELORE (P.). — La forme pseudo-cancéreuse de la tuberculose sénile (*Lyon médical,* 18 mai 1924).

Brown (K. L.). — Tuberculosis in old age (*Bull. New-York, acad. med.*, n° 4, p. 1.281, déc. 1928).

Brunet. — Etude statistique sur les Pauci-bacillaires d'un Dispensaire (*Thèse Paris*, 1935).

Bucquoy. — Le traitement de la tuberculose pulmonaire après 40 ans (*Thèse Paris*, 1931).

— Les indications de la cure climatique chez les tuberculeux pulmonaires âgés (*Gazette médicale de France*, pp. 99-100, 1er février 1932).

Burnand (R.). — La poussée cachectisante de la cinquantaine chez les tuberculeux fibreux ou chroniques (*Annales de Médecine*, octobre 1928).

Courcoux (A.) et Labesse (P.). — Fréquence de la tuberculose pulmonaire sénile (*Revue de la Tuberculose*, n° 3, 1921).

Dumarest (d'Hauteville). — Sclérose pulmonaire et tuberculose fibreuse (*Annales de méd.* t. XI, n° 3, mars 1922).

Dunner (L.), Lieser (F.) et Corten (M. H.). — Die Heilbarkeit der Lungentuberkulose in Alter (*Zeitschrift für Tuberkulose*, novembre 1932).

Etienne (G.). — Tuberculose chez les vieillards (*Revue Médic. de l'Est*, Nancy, 1905, t. XXVII, p. 622).

Foldes (A.). — Tuberculosis of senile and its social meaning (*Budapesti orvosi ujsag*, n° 28, pp. 395-404, avril 1930).

Forment. — Séro-diagnostic de la Tuberculose chez le vieillard (*Bull. de la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, 1903, t. II, p. 517).

Godelewski (E.). — La tuberculose osseuse chez les vieillards (réflexions) (*La Provence médico-chirurgicale*, n° 7, p. 14, août-septembre 1928).

GROS (P.). — Tuberculose sénile et réaction de fixation (*Paris Médical*, pp. 476-480, 1922).

HALBRON et POTEZ. — Note sur la tuberculose pulmonaire du vieillard (*Revue de la tuberculose*, n° 2, 1923).

— Les vieux tousseurs sont-ils des tuberculeux dangereux ? (*Presse médicale*, 24 mai 1923).

IAGNOV. — Contribution critique à la classification de la tuberculose pulmonaire (*Revue de la tuberculose*, p. 42, 1925).

ICHOK (G.). — La valeur de la réaction de fixation dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire du vieillard (*Paris médical*, t. XXXIX, p. 58, 1921).

JULLIEN (W.) et WIGNIOLLE (A.). — Quelques considérations sur la tuberculose pulmonaire au-dessus de 45 ans.

KAYSER et PETERSEN (J. E.). — Die Alterstuberkulose vom klinischen standpunkt (*Ergebn. d. ges. tuberk.* n° 4, pp. 115-184, 1932).

KLIENEBERGER (C.). — Alterstuberkulose und Beurteilung der Gewährung von Heilverfahren (*Mediz. klinik*, novembre 1928).

LABESSE (Paul). — La tuberculose pulmonaire sénile (*Thèse Paris*, 1921).

LE COZ. — Fréquence et formes cliniques de la tuberculose pulmonaire des vieillards (*Thèse Paris*, 1910).

LEGRAND (R.) et RAMBERT (A.). — La réaction de fixation de la tuberculose pulmonaire des vieillards (*Echo médical du Nord*, 26 juillet 1930).

— La réaction de Vernes à la résorcine chez le vieillard (*Echo médical du Nord*, 9 août 1930).

LETULLE. — La tuberculose pleuro-pulmonaire (*Revue de la tuberculose,* février 1927).

LUTON et RENARD. — Le pneumothorax à l'hôpital (*Journal Médical français,* n° 7, juillet 1935).

MASUCCI (U.). — La tuberculosi polmonare senile (*Morgagni* n° 72, pp. 2.079-2.088, 2 nov. 1930).

MICHAUD. — La tuberculose du vieillard (*Revue méd. de la Suisse Romande,* n° 1, 25 janv. 1934).

MICHEL (M.). — Etude sur la tuberculose pulmonaire des vieillards (*Thèse Paris,* 1894).

MULLER (A.) et DEHAM. — Bemerkungen zur Alterstuberkulose insbesondere deren Therapie (*Wiener Klinische Wochenschrift,* n° 43, pp. 1.510-1.513, 4 décembre 1930).

MYERS (A.). — Tuberculosis in grandparents, danger that few of us realize (*Hygeia,* n° 9; pp. 829-831, septembre 1931).

PETIT (Georges). — La tuberculose des vieillards (*Le Courrier médical,* n° 24, 16 juin 1935).

REMBERT. — Contribution à l'étude des tests de la tuberculose chez le vieillard (*Thèse Lille,* 1930).

RENARD. — L'avenir des pleurétiques (*Thèse Toulouse,* 1934).

RIBADEAU-DUMAS. — Les débuts de la tuberculose pulmonaire.

SCHELENZ. — Uber Alterstuberkulose (*Zeitschrift, Fortbild,* n° 29, pp. 393-397, 1er juillet 1932).

SCHLESIGNER (Herrmann). — Die Lungentuberkulose im Senium (*Deutsche med. Wochenschr.,* janvier 1929).

SCHLESINGER. — Wodurch unterscheider sich die Alterstuberkulose von der tuberkulose der Jünge-

ren und welche Bedeutung hat die ? (*Wiener med. Wochenschr.*, n° 47, 20 novembre 1926).

Sergent (Emile). — L'influence de l'âge dans la pathogénie et le déterminisme des formes de la tuberculose pulmonaire (*La Médecine*, mai 1924).

— Les grands syndrômes respiratoires (*Doin*, 1924).

Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix. — Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée. Tuberculose en général (*Masson*, 1925).

Sterling-Okuniewski et Peska (Z.). — La tuberculose pulmonaire chez les vieillards et son rôle social (*Revue de Phtisiol. médicale et sociale*, n° 13, pp. 291-299, mai-juin 1932).

Troisier-Develay et Weiss-Roudinesco. — Les réactions tuberculeuses des vieillards (*Paris médical*, n° 1, janvier 1930).

Urbain (Achille). — La réaction de fixation dans la tuberculose (Masson, 1925).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION. 13

AVANT-PROPOS. 15

Le Terrain. 19

Les Formes cliniques. 23

Formes lentement évolutives ou stabilisées. . . . 27

Formes évolutives et aiguës. 31

Forme pseudo-cancéreuse cachectisante. 39

Localisations extra-pulmonaires associées. 43

Etiologie. — Pathogénie. 49

Pronostic. 55

La Cuti-réaction. 59

Prophylaxie. 61

Le Traitement. 63

OBSERVATIONS RÉSUMÉES. 67

CONCLUSIONS. 79

BIBLIOGRAPHIE. 81